الجمهورية التونسية

وزارة الصحة

الهيكل : المركز الوطني للحماية من الأشعة

مطلب تــعديل اشتراك في قيس الأشعة المؤينة
(توقيف اشتراك)

إني الممضي (ة) أسفله* : .....

الصفة : .....أطلب توقيف الاشتراك في قيس الأشعة المؤينة لبعض الأعوان العاملين

بالمؤسسة** : .....

القسم / المصلحة : .....

العنوان : .....العنوان الإلكتروني : .....

الهاتف : .....الفاكس : .....

الأعوان المعنيون بتوقيف الإشتراك			
الاسم و اللقب	الجنس	تاريخ الولادة	سبب توقيف الاشتراك
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

حرر بـ .....في .....

الإمضاء و الختم

20-1.061-02

خـــــــاص بالإدارة
رقم الاشتراك :

(*) يذكر الاسم و اللقب.

(**) يذكر اسم المؤسسة.